

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

LUAN QUEIROZ GRISOLIA DE OLIVEIRA

**A LIÇÃO DE BASAGLIA E A DESCONSTRUÇÃO DA VIOLÊNCIA
INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

LUAN QUEIROZ GRISOLIA DE OLIVEIRA

A LIÇÃO DE BASAGLIA E A DESCONSTRUÇÃO DA VIOLENCIA INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Ileno Izídio da Costa.

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

LUAN QUEIROZ GRISOLIA DE OLIVEIRA

A LIÇÃO DE BASAGLIA E A DESCONSTRUÇÃO DA VIOLENCIA INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

Avaliador

BRASÍLIA – DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

*Para os trabalhadores que acreditam e dedicam-se
ao trabalho junto à população em situação de rua..*

AGRADECIMENTOS

A todos os professores e colegas de curso pela intensa troca e aprendizagem.

Aos adolescentes e jovens do Giração (UNACAS) que me mostraram que nenhuma dificuldade é intransponível.

Ao meu companheiro pelo apoio e carinho.

Aos meus pais pelo exemplo e amor.

"Ensinou-me o Velho Antônio que somos tão grandes quanto o inimigo que escolhemos para lutar, e tão pequenos quanto grande for o medo que tivermos. 'Escolha um inimigo grande e isso lhe obrigará a crescer para poder enfrentá-lo. Diminua seu medo porque, se ele crescer, você vai diminuir', me disse o Velho Antônio numa tarde chuvosa de maio, nessa hora em que reina o fumo e a palavra."

Subcomandante Insurgente Marcos

RESUMO

Este estudo aborda, a partir de leituras da organização da sociedade, o fenômeno da população em situação de rua, sua origem, suas características e sua interação com as forças e instituições de nossa sociedade. O trabalho também discorre sobre as novas políticas sociais de enfrentamento do fenômeno, chamando a atenção para o risco delas se transformarem em apenas mais uma expressão do poder dominante. Por fim, o autor utiliza as experiências do movimento antimanicomial italiano para reforçar os potenciais transformadores dessa nova política e a importância da construção de espaços que busquem o empoderamento dos excluídos, a valorização da diversidade e a construção de subjetividades libertadoras.

Palavras-chave: População em situação de rua; sociedade do controle; Psiquiatria Democrática Italiana.

ABSTRACT

This study approaches, from research of the society organization, the phenomenon of homeless population, their origin, characteristics and interaction with the power and institutions of our society. This monograph also discusses the new social policies for combating this phenomenon, drawing attention to the risk of becoming just another expression of dominant power. Lastly, the author uses the experiences of the Italian movement, Democratic Psychiatry, to strengthen the potential transformers of this new policy and the importance of building spaces that seek the empowerment of the excluded, the value of diversity and the construction of subjectivities liberating.

Keywords: homeless population; society of control; Democratic Psychiatry

LISTA DE ABREVIATURAS

Centro POP – Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua

CESMAD II – II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

DISEFI – Diretoria de Serviços Especializados para Famílias e Indivíduos

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PNPR – Política Nacional para a População em Situação de Rua

SEDHS – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano e Social

SUAS – Sistema Único da Assistência Social

UNACAS – Unidade de Acolhimento para Crianças e Adolescentes em Situação de Rua

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA.....	13
DESENVOLVIMENTO.....	14
1. De onde fala o pesquisador – formação e atuação na assistência social.....	14
2. SOBREVIVO SOBRE NÓS – SOCIEDADE DO CONTROLE.....	17
3. A INTERNAÇÃO DA POBREZA.....	22
4. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	26
4.1 Quem são hoje?.....	27
4.1.1 Saúde mental.....	28
4.1.2 A questão de gênero na população em situação de rua.....	30
4.2 Ações Higienistas.....	31
4.3 Política de guerra às drogas.....	33
5. O SURGIMENTO DA QUESTÃO SOCIAL.....	35
5.1. Política de assistência social para a população em situação de rua.....	36
6. CRÍTICA AO CENTRO POP COMO INSTITUIÇÃO DE CONTROLE.....	38
7. O EXEMPLO DE BASAGLIA E DA PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA ITALIANA....	40
CONCLUSÃO/RECOMENDÇÕES.....	45
REFERÊNCIAS.....	49

INTRODUÇÃO

Esta monografia de conclusão do II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (II CESMAD) de 2014-2015 da Universidade de Brasília visa abordar a temática da atenção ao fenômeno da população em situação de rua. A pesquisa parte de reflexões geradas pela minha atuação profissional como educador na área da assistência social, onde trabalhei no acolhimento e abordagem social da população em situação de rua e na área de gestão dos serviços da assistência social voltados para o atendimento dessa população. Este trabalho trata do processo de exclusão que esta população vem sofrendo desde os primórdios do capitalismo, de sua relação com as instituições de controle e do novo olhar da política pública de assistência social para o fenômeno. Sendo assim, no primeiro capítulo, trataremos desse local de fala do pesquisador e do encontro das reflexões acerca de sua atuação profissional com as questões desenvolvidas nos estudos na área da saúde mental.

No segundo capítulo abordaremos algumas imagens da organização da sociedade e dos poderes que a conduzem, para assim avançarmos na construção de uma imagem de um modelo mais abrangente do funcionamento de nossa sociedade. Esta construção nos ajudará a compreender os mecanismos de poder e controle que interagem com o fenômeno da população em situação de rua. Mecanismos estes que se modificam ao longo da história e do desenvolvimento do capitalismo, passando pela sociedade da disciplina desenhada por Michel Foucault (1926-1984) até chegar na atual sociedade do controle visualizada por Gilles Deleuze (1925-1995).

Na parte seguinte, capítulo três, adentraremos *Na História da Loucura* de Foucault para assim observarmos a ligação entre a origem do fenômeno da população em situação de rua com a “criação” da loucura como a conhecemos hoje. Essa vinculação é marcada pelo surgimento dos primeiros hospitais, manicômios e casas de detenção que visavam, antes de qualquer intenção de cura, livrar as cidades do novo fenômeno que surgia em toda a Europa Ocidental junto ao processo de industrialização, o pauperismo¹. É no pauperismo, presente em toda grande cidade da Europa Ocidental no final do século XVIII, que se localiza a origem do fenômeno da população em situação de rua. No quarto capítulo trataremos dessa origem e de algumas características e especificidades desta população. Com alguns retratos, examinaremos as grandes violações de que são vítimas, desde as ações higienistas, legais e ilegais, até os reflexos da política de guerra às drogas.

¹ O termo é abordado na página 26.

No capítulo cinco veremos como, a partir da organização dos trabalhadores e das constantes revoltas, a miséria nas cidades passa a ser tratada, pelo Estado, como questão social², resultado da própria lógica do sistema capitalista. É nesse contexto que surgem as políticas sociais que visam amenizar as expressões da questão social não mais apenas com ações violentas, que continuam muito presentes, mas com ações, serviços e programas que seguem princípios como o do respeito à diversidade e às liberdades. Mas, apesar do reconhecimento da questão social e do surgimento de novas políticas sociais, muitas vezes construídas com a participação dos próprios movimentos sociais, estas políticas ainda correm o risco de se transformarem em mais uma estratégia da sociedade de controle, distanciando-se de qualquer horizonte transformador. Neste sentido, o capítulo seis desse trabalho, traz uma crítica à transformação de serviços destinados a atender a população em situação de rua em espaços disciplinares de controle.

Novamente aproximando-se dos estudos da área da saúde mental, o último capítulo traz as experiências da antipsiquiatria italiana como exemplo da construção de políticas públicas transformadoras, tanto para quem é por elas assistido, como para mudar a relação da sociedade com determinado fenômeno. As propostas de Franco Basaglia (1924 - 1980) e do movimento italiano para a mudança de paradigmas no tratamento e no olhar da sociedade para a loucura, são inspiradoras e dialogam com os ideais da atual Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua integrante da Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Política que “faz parte do esforço de estabelecer diretrizes e rumos que possibilitem a (re)integração destas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, o acesso pleno aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros, o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno, considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência do espaço público da rua” (MDS, 2008).

O presente trabalho visa refletir sobre como a relação de nossa sociedade com o fenômeno da população em situação de rua foi construída ao longo da história e qual a relação desse fenômeno com o desenvolvimento do capitalismo e de suas instituições, para assim reforçarmos a proposta de um novo olhar sobre o tema. Outro ponto fundamental da pesquisa é a aproximação da luta antimanicomial com as novas políticas de assistência social, que visam enfrentar o problema, respeitando a liberdade e a diversidade da população em situação de rua.

² O termo é tratado na página 35.

O trabalho surge a partir das reflexões geradas pela prática profissional na área da assistência social com a população em situação de rua e dos estudos perpetrados na área da saúde mental durante o II CESMAD. O texto visa ainda estimular a reflexão de todos os profissionais que trabalham com este público, principalmente os das áreas da assistência social e da saúde. Essa pesquisa deseja ainda ser relevante para a melhoria dos serviços prestados nos Centros de Referência Especializados para Pessoas em Situação de Rua – Centros POP, para que estes passem a ser realmente importantes para a transformação das relações entre nossa sociedade e esta população.

A partir de uma leitura das forças que atuam sobre o corpo social, podemos pensar nas formas de intervenção que ajudem as pessoas a criarem subjetividades que se contraponham às modernas formas de dominação. Apesar das limitações dos serviços vinculados ao Estado, principalmente no que diz respeito à construção de um mundo mais justo e igualitário, existem espaços para construirmos políticas públicas transformadoras. Políticas públicas que incentivem o fortalecimento de princípios em nossa sociedade como o do respeito à diversidade e às liberdades.

No Brasil, a naturalização do fenômeno da população em situação de rua gerou um enorme déficit de dados e pesquisas científicas sobre o tema, assim como um sensível atraso das políticas públicas específicas para essa população. Esta pesquisa visa negar a naturalização, tanto do fenômeno, quanto da violência da sociedade e do Estado dirigida a essa população. Para tanto, ela busca apresentar as origens históricas do surgimento do fenômeno como uma expressão radical da questão social e também investigar as estratégias dos poderes dominantes para silenciar e naturalizar tal fenômeno ao longo da história.

Hoje novas políticas e serviços sociais voltados para a população em situação de rua e fundadas no ideário da garantia de direitos, como os Centros POP, convivem com políticas de Estado extremamente violentas que atingem essa população, como as internações compulsórias em massa e a política nacional de guerra às drogas. É nesse contexto de contradições que esta pesquisa visa fortalecer as políticas de garantia de direitos frente as políticas de controle e repressão.

METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA

Esta é uma pesquisa bibliográfica feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de *web sites*. A pesquisa traz dados e teorias sobre a organização da sociedade, a origem e as características do fenômeno da população em situação de rua e das políticas de internações compulsórias. Ela também discorre e analisa os novos modelos defendidos na reforma psiquiátrica em relação às internações e na assistência social no trato ao fenômeno da população em situação de rua. A pesquisa se apoia principalmente nas análises de Michel Foucault e Gilles Deleuze sobre a organização da sociedade, na pesquisa de Maria Lucia Lopes da Silva sobre a relação entre o capitalismo e o fenômeno da população em situação de rua, em pesquisas da área da saúde mental sobre o fenômeno da população em situação de rua, nos trabalhos de Franco Basaglia, em pesquisas sobre suas propostas e em alguns documentos orientadores da Política Nacional de Assistência Social. Em diálogo com a pesquisa bibliográfica é feito um breve relato de experiência profissional a fim de se propor avanços em serviços da assistência social que atende a população em situação de rua do Distrito Federal.

1. DE ONDE FALA O PESQUISADOR – FORMAÇÃO E ATUAÇÃO NA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Graduei-me em Artes Visuais pela Universidade de Brasília (UnB) em 2009. No mesmo ano fui nomeado, após concurso público, para o cargo de Especialista em Assistência Social, passando a atuar como Educador Social na Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano e Social – SEDHS/DF. Nesta função já atuei por um ano em um Centro de Orientação Socioeducativo (COSE) e por dois anos na Unidade de Acolhimento para Crianças e Adolescentes em Situação de Rua (UNACAS), atendendo pessoas com idade de 12 à 26 anos que, em sua maioria, tinham forte vinculação com drogas (álcool, crack e outras). Atualmente faço parte da equipe da Diretoria de Serviços Especializados para Famílias e Indivíduos (DISEFI) da SEDEST. Na Diretoria auxilio e acompanho o trabalho desenvolvido pelos profissionais do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) que atuam nas unidades de média complexidade, como os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) e os Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros POP).

Durante minha graduação desenvolvi pesquisas sobre o imaginário e como a experiência “estética” (individual ou coletiva) poderia modificá-lo, ou melhor, expandi-lo. E de como esta expansão seria fundamental para o desenvolvimento ou a conquista de uma sociedade mais livre, pois o caminho da liberdade passa necessariamente pela expansão do imaginário, em um processo onde esse se remodela a partir da aquisição de novas subjetividades. Durante toda minha experiência profissional na SEDHS venho utilizando estes conceitos para me auxiliarem e darem norte ao meu trabalho.

Na UNACAS o desafio da atuação como educador passava pela construção e engajamento dos usuários de drogas em uma política (ou processo) de redução de danos, pelo fortalecimento dos indivíduos para que se engajassem em tratamentos da drogadição, mas principalmente passava pelo processo de incentivo para que todos (crianças, adolescentes e jovens adultos) construíssem novos desejos (novas subjetividades). Pois aprendi na UNACAS que sem a aquisição por parte do usuário de novos desejos, perspectivas e planos, qualquer trabalho para a superação do sofrimento psíquico causado pelo uso abusivo de substâncias psicoativas se torna extremamente frágil. Ainda mais quando a situação de drogadição é somada a inúmeras experiências e traumas relacionados à violência.

Nessa unidade de acolhimento coordenei a equipe de especialistas (assistentes sociais, psicólogos e educadores), orientando e auxiliando os acompanhamentos e atendimentos de

todos os acolhidos. Na coordenação pude ter um olhar amplo para as histórias e vivências das crianças e dos jovens acolhidos na unidade. Nesta época, a UNACAS se propunha a ser uma porta de entrada para crianças, adolescentes e jovens que estavam em situação de rua e não queriam ir ou não se adaptavam a outros serviços de acolhimento. Muitos preferiam permanecer nas ruas que se adaptar as regras, moldes e violências de algumas instituições. Mas a vivência nas ruas, apesar de carregada de uma sensação de “liberdade”, é extremamente danosa aos indivíduos que ficam expostos a inimagináveis riscos e violências.

Na DISEFI observo, há mais de dois anos, os trabalhos da SEDHS junto à população em situação de rua, principalmente os serviços oferecidos nos dois Centros POP do Distrito Federal. Esta observação, somada à minha experiência na UNACAS, me levaram a perceber diversas práticas e posturas violentas de trabalhadores e do próprio Estado na relação com a população de rua. No Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (pude perceber a construção histórica da relação violenta de nossa sociedade com as pessoas que se encontram em situação de rua. Essa construção histórica pode ser observada nas reflexões de Michel Foucault utilizadas por Franco Basaglia para embasar suas ações reformistas e críticas ao modelo de saúde mental centrado nos hospícios e também pela pesquisa de Maria Lucia Lopes da Silva sobre a relação entre o ‘trabalho’ e a população em situação de rua.

Em nossa sociedade não é fácil distinguir o doente mental do morador de rua, na maior parte das vezes os dois são improdutivos para o sistema, são peças descartáveis da engrenagem capitalista. No auge dos hospícios, as pessoas em situação de rua eram alvos constantes de políticas de limpeza urbana, arrancados das ruas e aprisionados em manicômios. Não se distinguiam os doentes mentais dos “mendigos”, todos eram seres descartáveis facilmente esquecidos à morte dentro de instituições psiquiátricas. Os mais radicais diriam que hoje essa prática ainda é comum, ainda mais quando se veem propagandeados programas de internação compulsória em massa para dependentes químicos em situação de rua. As drogas são outro ponto que facilita a equiparação da pessoa em situação de rua ao “lunático”. E a atual política de guerra às drogas ajuda a reforçar a máxima de que a pessoa em situação de rua que não é caso de psiquiatra é caso de polícia. Mas mesmo quando a pessoa em situação de rua está em sofrimento psíquico grave, o que é muito comum, não podemos aceitar que o discurso médico anule o sentido social de sua existência.

É nesse contexto de exclusão e embate social que busca-se construir, dentro das contradições do Estado, políticas públicas de assistência social que respeitem os direitos da população em situação de rua. Assim como na área da saúde, busca-se firmar uma política de

saúde mental com novos paradigmas de respeito à diversidade e à liberdade, contra a exclusão imposta pelo modelo centrado no hospício. Estas novas políticas surgem das vitórias das forças e dos movimentos sociais que lutam para resistir às investidas do poder hegemônico da sociedade capitalista. Experiências, como a de Franco Basaglia, líder da reforma manicomial italiana, devem seguir inspirando estas novas políticas, tanto na assistência social como na saúde, tendo como princípios o respeito e valorização da liberdade e da diversidade. Tais experiências oferecem caminhos a seguir para enfrentarmos as diversas práticas e posturas violentas que se apresentam como empecilhos para a consolidação destes novos modelos.

2. SOBREVOO SOBRE NÓS – SOCIEDADE DO CONTROLE

A partir de uma leitura das forças que atuam sobre o corpo social, podemos pensar em formas de intervenção que possam produzir subjetividades que se contraponham às formas de controle da sociedade contemporânea. Atualmente a vida cotidiana encontra-se atravessada por sistemas tecnológicos e de comunicação que a mergulham em uma rede de jogos discursivos de poder. É neste contexto que o poder hegemônico tenta transformar a diversidade em anormalidade.

A ordem capitalista não só está em plena vigência, mas talvez tenha atingido seu máximo desenvolvimento, sua forma mais acabada: a sociedade de controle. A partir dessa concepção, é possível avaliar as atuais transformações do processo de produção capitalista e como ele toma de assalto os modos de viver, agir e pensar dos indivíduos. O capitalismo contemporâneo e sua perspectiva fagocitária imprimem seus mecanismos de valorização e transformam todas as dimensões da vida em mercadorias próprias para o consumo. Desse modo, a própria subjetivação tornou-se presa do capital e a subjetividade é, hoje, capital biopolítico dos mais valiosos por incidir diretamente no desejo dos indivíduos, independentemente de sua inserção social. (SEGURADO, in CHAIA, 2007: 45)

No final do século XVII, o poder soberano da Idade Média começa a ser superado pelo poder disciplinar, que se desenvolve em decorrência da expansão do sistema fabril na Europa e da progressiva especialização do trabalho que ele demanda. Este poder disciplinar, do qual nos fala Michel Foucault (1987), centrava-se no adestramento dos corpos, com o objetivo de promover um melhor rendimento do trabalho e aproveitamento do tempo. Por este poder disciplinante, “[...] somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer” (FOUCAULT, 1987: 180). Em seus trabalhos Foucault busca observar a maneira como diferentes mecanismos de poder funcionam em nossa sociedade, entre nós, no interior e fora de nós. Para assim entender “de que maneiras nossos corpos, nossas condutas do dia a dia, nossos comportamentos sexuais, nosso desejo, nossos discursos científicos e teóricos se ligam a muitos sistemas de poder que são, eles próprios, ligados entre si” (FOUCAULT, 2012: 251)

O corpo humano é, nós sabemos, uma força de produção, mas o corpo não existe tal qual, como um artigo biológico ou como um material. O corpo existe no interior e através de um sistema político. O poder político dá um certo espaço ao indivíduo: um espaço onde se

comportar, onde adaptar uma postura particular, onde sentar de uma certa maneira, ou trabalhar continuamente. (FOUCAULT, 2012: 253)

Com o estabelecimento inegável do capitalismo como força hegemônica, depois das revoluções liberais do século XVIII, a sociedade da disciplina também se torna hegemônica. Emerge uma nova tecnologia de poder preocupada menos com o disciplinamento do corpo individual, que com o controle do corpo social. A partir desse momento, uma série de intervenções políticas e econômicas, volta-se para a incidência de epidemias, para o controle das taxas de natalidade, longevidade e mortalidade, forjando as chamadas tecnologias de gestão das massas ou “tecnologias de população”, como quer Michel Foucault. O poder tende a se preocupar mais com o social à medida que crescem, junto à industrialização, as “classes mais perigosas”³. O poder investe, nesse momento, sobre os corpos socializados.

Ao intervir no tecido social, o poder disciplinar percebe que é mais efetivo e econômico vigiar do que punir. Nessa acepção, Foucault utiliza a imagem do Panóptico (Bentham, 2000), nome inspirado em algumas cadeias, onde, por meio de uma torre, os guardas podiam vigiar todas as celas, mas os prisioneiros não tinham como ver os guardas, assim, mesmo sem guardas olhando, os detentos se sentiam vigiados. O Panóptico “[...] deve ser compreendido como um modelo generalizável de funcionamento; uma maneira de definir as relações do poder com a vida cotidiana dos homens” (FOUCAULT, 1987: 169–170). “O panoptismo é o princípio geral de uma nova anatomia política cujo objeto e fim não são a relação de soberania mas as relações de disciplina” (FOUCAULT, 1987: 172).

Estruturas como escolas, hospitais, igrejas, exércitos e fábricas reproduzem a lógica de instituições panópticas, com estruturas hierárquicas, disciplinares, punitivas e segmentárias. Mas estas instituições disciplinares não passam de aspectos mais visíveis de diversos processos mais profundos. Os indivíduos entram em uma máquina que, cada vez mais, modela seus comportamentos e imaginários⁴. A este poder modelador que não age mais apenas sobre o corpo, mas sim sobre a vida, Foucault (2000) chama de biopoder⁵. “O biopoder é a forma de

³ As **classes mais perigosas** é uma expressão usada por alguns teóricos para referirem a setores do proletariado que ao se organizarem podem representar um perigo real para o poder vigente.

⁴ **Imaginário** entendido, neste estudo, como aquilo que está contido entre o real/ racional e a fantasia/ irracional. Espaço do ser que contém todos os seus medos, modos, ideologias e sonhos. Parte do homem e da mulher que, ao mesmo tempo que lhe possibilita a liberdade, lhe subjuga ao poder dominante.

poder que regula a vida social por dentro, acompanhando-a, interpretando-a, absorvendo-a e a rearticulando” (HARDT e NEGRI, 2006: 43).

A sociedade disciplinar conseguiu prender os homens e mulheres dentro de suas instituições, mas não conseguiu consumir completamente seus corpos e mentes. Isto porque as tecnologias biopolíticas ainda eram limitadas, e agiam dentro de técnicas disciplinares fechadas.

Com a expansão do capitalismo e principalmente graças ao desenvolvimento das novas tecnologias decorrentes da chamada terceira revolução tecnológica (primeira agrícola e segunda industrial), que começa a partir da década de 70, o biopoder se reconfigura. Ele não exclui o poder disciplinar, mas modifica suas técnicas graças às novas tecnologias (principalmente da comunicação de massa) que proporcionam instrumentos inéditos de modelagem da realidade. Deve-se elucidar que não há, contudo, uma simples sucessão e substituição de poder: não há substituição de uma soberania por instituições de disciplina e, em seguida, substituição das instituições de disciplina por mecanismos de controle, mas uma articulação complexa entre vários dispositivos.

...o poder político não consiste unicamente nas grandes formas institucionais do Estado, no que chamamos de aparelho de Estado. O poder não opera em um único lugar, mas em lugares múltiplos: a família, a vida sexual, a maneira como se trata os loucos, a exclusão dos homossexuais, as relações entre os homens e as mulheres... todas essas relações são relações políticas. Só podemos mudar a sociedade sob a condição de mudar essas relações. (FOUCAULT, 2012: 256)

O lócus do biopoder é a cidade, que cresce rapidamente logo após a configuração da nova divisão sócio-territorial do trabalho (Revolução Industrial). O biopoder é cada vez mais orgânico e menos fixo, funcionando em várias redes que se ligam. A sociedade em rede (transportes e comunicação) possibilita uma ação mais efetiva e rápida das forças de controle social/biopoder.

A análise da sociedade onde reina a biopolítica, também pode ser observada em Gilles Deleuze (1992), quando este nos apresenta seu olhar sobre o que denomina de “sociedade de controle”. Nesta, o poder hegemônico se entrelaça de tal modo ao tecido social, que este quase é imobilizado. Com a produção quase industrial de novos referenciais, a realidade se

Biopoder é o poder que age diretamente sobre a vida social e **biopolítica** são as técnicas que esse desenvolve.

apresenta como miragem, tudo é provisório, não se tem mais passado nem futuro, apenas o presente. Na sociedade de controle, todo o potencial de transformação social é corrompido em potencial de consumo.

O panóptico, de enorme valor ao poder disciplinar, como mostra Foucault em “Vigiar e Punir”, continuaria a existir no contexto da biopolítica, impulsionando o desenvolvimento e a ascensão da sociedade de controle. Na verdade o panóptico se torna tão poderoso e difuso que pode ser comparado com a ideia da “onisciência de Deus”, na sociedade do controle ele é o “Olho que tudo vê” (BENTHAM, 2000: 26).

Em vigiar e punir, Foucault já sinalizava que a sociedade disciplinar era aquilo que a humanidade estava deixando para trás. O filósofo já anunciava a transformação do papel das instituições disciplinares que, na atualidade, vêm tornando as estruturas rígidas cada vez mais flexíveis, característica da sociedade de controle e do capitalismo contemporâneo. (SEGURADO, in CHAIA, 2007: 45)

Na pós-modernidade fala-se muito sobre a crise das instituições, mas analisando esta crise podemos observar que não se trata de uma crise do poder hegemônico da sociedade de controle. Pelo contrário, a crise das instituições ocorre por que os muros que limitavam o espaço de atuação das mesmas não existem mais, hoje a lógica destas instituições se espalha por todo terreno social.

Na sociedade de disciplina não se parava de recomeçar (da escola à caserna, da caserna à fábrica), enquanto nas sociedades de controle nunca se termina nada, a empresa, a formação, o serviço, sendo os estados metaestáveis e coexistentes de uma mesma modulação, como de um deformador universal. (DELEUZE, 1992: 221-222)

Como analisam Negri e Hardt, “a crise parece bem diferente em diferentes casos” (2006: 216). Por exemplo: enquanto cada vez menos pessoas vivem em uma estrutura de família nuclear, o número da população carcerária cresce de maneira assustadora em todo o mundo. Mas engana-se quem acredita que a dita crise da família nuclear diminuiu a força do patriarcado na sociedade. “Ao contrário, discursos e práticas de 'valores de família' parecem estar em toda parte no campo social” (: 216). O mesmo ocorre com as técnicas e lógica da prisão, que se espalham por outros campos do tecido social.

No caso da escola, a crise pode ser observada na disfunção desse espaço dentro da lógica atual da sociedade, onde ela parece não mais encontrar o seu lugar, e perde cada vez mais seu poder disciplinador. Mas, se observarmos com um olhar mais amplo, veremos que as

técnicas dessa instituição penetraram de tal modo na sociedade que seu poder não mais se centraliza na instituição. Se antes íamos da escola para o exército e depois para a fábrica, hoje não saímos nunca da escola, estamos em formação permanente, para servirmos ao mercado.

3. A INTERNAÇÃO DA POBREZA

De todas as instituições que Foucault trata nos é fundamental sua análise do hospital e do papel da medicina como força de controle social. Foi a instituição hospitalar que mais apareceu em sua produção, destacando-se sua ferrenha crítica à psiquiatria. Não foi ao acaso que o autor iniciou sua carreira filosófica refletindo sobre as práticas da disciplina psiquiátrica, pois ele iniciou seus estudos acadêmicos na medicina e pretendia se especializar em psiquiatria. E foi visando tornar-se psiquiatra que Michel Foucault trabalhou por três anos no Hospital Sainte-Anne de Paris, experiência esta que, como narra o próprio, o impulsionou a seguir outro caminho:

Eu tinha 25 anos, era extremamente entusiasta, idealista, por assim dizer, dotado de um bom cérebro e de um monte de ideias importantes. Mesmo naquela época! Foi então que entrei em contato com alguém, que chamarei Roger, um interno de 22 anos. Ele havia sido enviado para o hospital porque seus pais e amigos temiam que ele se fizesse mal e acabasse se autodestruindo, quando de uma de suas frequentes crises de angústia violenta. Nós nos tornamos bons amigos. Eu o via várias vezes ao dia durante minhas visitas ao hospital, e ele começou a simpatizar comigo. Quando ele estava lúcido e não tinha problemas, ele parecia muito inteligente e sensato, mas, em alguns outros momentos, sobretudo os mais violentos, devia ficar enclausurado. Ele era tratado com medicamentos, mas esta terapia se mostrou insuficiente. Um dia, me disse que sabia que nunca o deixariam partir do hospital. Esse terrível pressentimento provocava um estado de terror que, por sua vez, gerava angústia. A ideia de que podia morrer o inquietava muito, e ele até pediu um certificado médico que atestaria que nunca se iria deixá-lo morrer. É claro que esta súplica foi considerada ridícula. Seu estado mental deteriorou e, afinal, os médicos concluíram que, se não se interviesse, fosse de que modo fosse, ele se mataria. Assim, com o consentimento de sua família se procedeu a uma lobotomia frontal nesse rapaz excepcional, inteligente, mas incontrolável... Embora o tempo passe, não importa o que eu faça, não consigo esquecer seu rosto atormentado. Com frequência eu me perguntei se a morte não seria preferível a uma não-existência, e se não deveriam nos conceder a possibilidade de fazer o que quisermos de nossa vida, seja qual for nosso estado mental. Para mim, a conclusão evidente é que mesmo a pior dor é preferível a uma existência vegetativa, já que o espírito tem realmente a capacidade de criar e embelezar ainda que partindo da existência mais desastrosa. Das cinzas surgirá sempre um fênix. (FOUCAULT, 2012: 300)

Em seu livro *História da Loucura*, publicado pela primeira vez em 1961, Foucault constrói uma história dos hospitais asilares ocidentais e, conseqüentemente, uma história do

desenvolvimento da medicina como força de controle e exclusão social. É importante pontuar que, como nos narra o autor, as primeiras grandes instituições hospitalares não surgiram com o principal objetivo da cura, mas sim como espaço de exclusão e punição. Junto à criação dos grandes hospitais nas cidades europeias surgiam uma série de novas legislações que visavam combater a presença dos miseráveis nos centros urbanos. Assim espalha-se por toda a Europa uma política de internação forçada em massa dos muito pobres.

O internamento, esse fato maciço cujos indícios são encontrados em toda Europa do século XVII, é assunto de “polícia”. (...) Antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos, ou que pelo menos gostamos de supor que tem, o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura. O que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho. Nossa filantropia bem que gostaria de reconhecer os signos de uma benevolência para com a doença, lá onde se nota apenas a condenação da ociosidade. (FOUCAULT, 2010: 63 – 64)

A prática massiva do internamento vem para coroar uma nova relação do homem com a miséria, de modo mais amplo, um outro relacionamento do ser humano com aquilo que pode haver de inumano em sua existência. “O pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua própria existência, assumiu no decorrer do século XVI uma figura que a Idade Média não teria reconhecido” (Foucault, 2010: 56). Isso, porque, antes da reforma protestante iniciada no século XVI, o hegemônico ideário da Igreja Católica Apostólica Romana condenava o lucro e, visando amenizar a reação à pobreza, colocava o miserável como aquele que estaria mais próximo da salvação.

A Renascença despojou a miséria de sua positividade mística. E isto através de um duplo movimento do pensamento que retira à Pobreza seu sentido absoluto e à Caridade o valor que ela obtém dessa Pobreza socorrida. No mundo de Lutero, e sobretudo no de Calvino, as vontades particulares de Deus — esta “singular bondade de Deus para com cada um de nós” — não deixam à felicidade ou à infelicidade, à riqueza ou à pobreza, à glória ou à miséria o dom de falar por si mesmas. A miséria não é a Dama humilhada que o Esposo vem tirar da lama a fim de elevá-la; ela tem no mundo um lugar que lhe é próprio — lugar que não testemunha por Deus nem mais nem menos do que o faz a riqueza. Deus está tão presente, sem dúvida, sua mão generosa tão próxima da abundância quanto da miséria, conforme lhe aprouver “alimentar uma criança abundantemente ou escassamente”⁶. A vontade singular de Deus, quando se dirige ao pobre, não lhe fala da

⁶ CALVINO, *Institution chrétienne*, I, Cap. XVI, ed. J. D. Benoît, p.225

glória prometida, mas sim de predestinação. Deus não exalta o pobre numa espécie de glorificação inversa: ele o humilha voluntariamente em sua cólera, em seu ódio — este ódio que ele tinha contra Esaú antes mesmo de ele nascer e em virtude do qual ele o despojou dos rebanhos que lhe cabiam pela primogenitura. (FOUCAULT, 2010: 56)

Na sociedade burguesa, que emerge junto ao capitalismo, a pobreza perde qualquer positividade, assim como a caridade (não tem sentido ajudar aqueles que estão sendo punidos por Deus) que perde seu espaço para políticas severas de “combate” aos miseráveis. “Em 1532, o parlamento de Paris decidiu mandar prender os mendigos e obrigá-los a trabalhar nos esgotos” (Foucault, 2010: 64) e em 1534 eles são expulsos da cidade. As guerras fazem multiplicar esse mar de “duvidosos” (Foucault, idem) e nas ruas misturam-se camponeses expulsos de suas terras, soldados de licença, desertores, operários desempregados, estudantes pobres e pessoas doentes. De tempos em tempos os mendigos são escorraçados e de crise em crise ressurgem nos corações das cidades. Depois de constantes revoltas surge uma nova solução: o Hospital.

(...) é a primeira vez que se substituem as medidas de exclusão puramente negativas por uma medida de detenção; o desempregado não é mais escorraçado ou punido; toma-se conta dele, às custas da nação mas também de sua liberdade individual. Entre ele e a sociedade, estabelece-se um sistema implícito de obrigações: ele tem o direito de ser alimentado, mas deve aceitar a coação física e moral do internamento. (FOUCAULT, 2010: 65)

Em 1656, por meio de decreto, é criado em Paris o Hospital Geral, à “primeira vista, trata-se apenas de uma reforma – apenas de uma reorganização administrativa. Diversos estabelecimentos já existentes são agrupados sob uma administração única” (FOUCAULT, 2010: 49), mas a reforma é profunda e seus diretores, nomeados por toda a vida, exercem seu poder, não mais limitados aos muros que cercam os edifícios hospitalares, mas por toda a cidade.

Têm todos os poderes de autoridade, direção, administração, comércio, polícia, jurisdição, correção e punição sobre todos os pobres de Paris, tanto no interior quanto no exterior do Hospital Geral. (FOUCAULT, 2010: 49)

Assim estabelece-se este novo trato com a miséria nas cidades, em um misto de cuidar e punir, os hospitais se espalham por toda a França e “as vésperas da revolução, é possível enumerar 32 cidades do interior que os apresentam” (FOUCAULT, 2010: 51).

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma

comparação com a prisão tal como era praticada na Idade Média. Como medida econômica e de precaução social ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido. (FOUCAULT, 2010: 78)

A invenção de um novo modelo de internação institucional e sua aplicação em grande escala vêm para coroar o novo modelo de exploração da mão de obra assalariada e também firmar o enfrentamento daqueles que não se adequam ou resistem ao novo modelo e daqueles que são excluídos em nome da acumulação.

4. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A pesquisadora e assistente social Maria Lúcia Lopes da Silva realizou uma importante pesquisa na esfera nacional relacionando o fenômeno da população em situação de rua com o trabalho na sociedade capitalista. Tendo como base a leitura de Karl Marx e Friedrich Hegel sobre o desenvolvimento do capitalismo, a autora associa o surgimento desse fenômeno a formação do exército de reserva de trabalhadores. Exército este que surge a partir da expropriação das terras e expulsão dos trabalhadores do campo. Marx aponta esse processo de expropriação como resultado da acumulação primitiva que, nesse caso, consistiu-se na tomada das terras dos camponeses para fortalecimento da agricultura capitalista, obrigando-os assim a venderem o único bem que lhes restara, a força de trabalho.

O roubo dos bens da Igreja, a ladroeira das terras comuns e a transformação da propriedade feudal e do clã em propriedade moderna, levada a cabo com terrorismo implacável, figuram entre os métodos idílicos da acumulação primitiva. Conquistaram o campo para a agricultura capitalista, incorporaram as terras ao capital e proporcionaram à indústria das cidades a oferta necessária de proletários sem direitos. (MARX in SILVA, 2009: 95)

Os camponeses expulsos de suas terras que chegavam as cidades europeias não eram totalmente absorvidos pela indústria que acabara de nascer, seja pela incapacidade da indústria ou pelas dificuldades dos camponeses *sem-terra* em se adaptarem repentinamente a uma nova disciplina de trabalho. Dessa forma criou-se nas cidades um imenso número de desempregados que, nas palavras de Marx, “transformaram-se em mendigos, ladrões, vagabundos, em parte por inclinação, mas na maioria dos casos por força das circunstâncias” (in SILVA, 2009: 95). Foi o começo de um “fenômeno que se generalizou, atingindo toda a Europa Ocidental, no último quartel do século XVIII: o pauperismo” (SILVA, 2009: 95). Foi essa situação que fez emergir nos países da Europa, ainda no final do século XV e todo o século XVI, uma rígida legislação contra a mendicância e a permanência nas cidades de pessoas em situação de rua. Essas leis, as quais possibilitaram a implantação da já citada política de internação em massa, foram utilizadas com a finalidade de impelir os trabalhadores a aceitarem empregos de baixos salários e inibi-los a se deslocarem em busca de melhores condições. Deste modo, a população rural, roubada e expulsa de suas terras, empurrada a vagar pelas cidades, “foi submetida à rígida disciplina do sistema de trabalho assalariado por meio de legislação selvagem” (SILVA, 2009: 96).

Em linhas gerais, pode-se dizer que foram essas as condições histórico-estruturais que deram origem ao fenômeno do pauperismo, ao qual se vincula o que hoje se denomina população em situação de rua. (SILVA, 2009: 96)

4.1 Quem são hoje?

Atualmente a expressão mais utilizada pelos estudiosos brasileiros e pelos movimentos sociais para falar do fenômeno das pessoas que vivem nas ruas é “população em situação de rua”. Neste estudo, esta expressão é utilizada não para apontar um tempo passageiro de permanência na rua como sugerem alguns autores, mas para “designar o fenômeno e a situação a que são conduzidas parcelas expressivas da classe trabalhadora” (Silva, 2009: 137). Este fenômeno ocorre devido ao aprofundamento das desigualdades sociais e a elevação dos níveis de pobreza produzidos no sistema capitalista. Portanto a expressão não se refere apenas a aspectos individuais como perdas ou infortúnios dos sujeitos em situação de rua, mas principalmente a uma situação gerada por uma das bases do sistema capitalista que é o acúmulo de capital. Assim a denominação aqui utilizada concorda com a afirmativa de que “a mulher e o homem são levados a morar na rua por uma condição imposta pela sociedade de classes, organizada para defender a mercadoria e o mercado, e não a pessoa e a vida” (TIENE in SILVA, 2009: 97).

A população em situação de rua não se caracteriza como um grupo homogêneo. Pelo contrário, uma das principais características dessa população é sua heterogeneidade. É o que também nos afirma Escorel: “o que todas as pesquisas revelam é que não há um único perfil da população de rua, há perfis; não é um bloco homogêneo de pessoas, são populações” (in SILVA, 2009: 123). Mas, apesar dessa heterogeneidade, são comumente enumerados diversos fatores motivadores da existência de pessoas em situação de rua, tais como fatores estruturais (ausência de moradia, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social, inexistência de trabalho e renda etc.) e fatores biográficos ligados à história de cada indivíduo (alcoolismo, drogadição, doenças mentais, rompimentos dos vínculos familiares). Destes fatores os que mais se destacam na literatura contemporânea são a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, a falta de trabalho regular e a ausência ou insuficiência de renda. Silva ainda afirma que se trata de um fenômeno multifacetado que não pode ser explicado desde uma perspectiva única. São múltiplas as causas de se ir para a rua, assim como são múltiplas as realidades da população em situação de rua.

(...) pode-se dizer que o fenômeno população em situação de rua vincula-se à estrutura da sociedade capitalista e possui uma

multiplicidade de fatores de natureza imediata que o determinam. Na contemporaneidade, constitui uma expressão radical da questão social, localiza-se nos grandes centros urbanos, sendo que as pessoas por ele atingidas são estigmatizadas e enfrentam o preconceito como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído pela sociedade. É um fenômeno que tem características gerais, porém possui particularidades vinculadas ao território em que se manifesta. No Brasil, essas particularidades são bem definidas. Há uma tendência à naturalização do fenômeno, que no país se faz acompanhada da quase inexistência de dados e informações científicas sobre o mesmo e da inexistência de políticas públicas para enfrentá-lo. (SILVA, 2009: 122)

4.1.1 Saúde mental

A Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, realizada entre agosto de 2007 e março de 2008 pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS em cooperação com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, apontou que 17% dessas pessoas já estiveram internadas em instituições psiquiátricas e mais de 28% já estiveram internados em instituições para enfrentar a situação de drogadição, números que apontam para o alto grau de adoecimento mental deste público.

Outras pesquisas realizadas no Brasil e em outros países adentram mais na questão da saúde mental das pessoas em situação de rua e, assim como a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua já citada, as pesquisas aqui tratadas são estudos transversais nos quais coletam-se simultaneamente, de um grupo ou população de indivíduos, informações sobre uma variedade de características que são posteriormente cruzadas. O termo transversal é usado para indicar que os indivíduos estão sendo estudados em um ponto no tempo. Estes estudos podem ser vistos como análises fotográficas de um determinado grupo ou população de indivíduos.

A partir da década de 1980 surgiram importantes pesquisas com a população de rua de diferentes cidades dos EUA: a National Academy of Sciences publicou relatório de extenso estudo intitulado “Homelessness, Health and Human Needs” (National Academy of Sciences, 1988); uma força tarefa da American Psychiatric Association confirmou, através da revisão dos dados disponíveis, a maior prevalência de transtornos mentais entre os desabrigados (LAMB et al., 1992).

No âmbito da pesquisa acadêmica, algumas contribuições tornaram-se referência. Koegel et al. (1988) fizeram levantamento na região de Los Angeles, encontrando taxas mais elevadas referentes a todos os diagnósticos psiquiátricos entre a população de rua, quando comparada à população geral. North Smith (1993) entrevistaram 900

homeless em albergues e locais públicos de St. Louis, utilizando como instrumento o *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), atribuindo diagnóstico de esquizofrenia a 4,7% da amostra e destacando abuso/dependência de álcool (37,2%) e transtorno de personalidade anti-social (19,8%). Harris et al. (1994) estudaram a população dos quatro maiores albergues para desabrigados em Detroit, enfatizando a extrema vulnerabilidade dos que vivem nas ruas.

Marshall (1994) revisou a literatura disponível, comparando as publicações anglo-saxônicas e norteamericanas, concluindo que todos os estudos relatavam altas taxas de morbidade psiquiátrica, com 15% a 32% de prevalência de esquizofrenia. Logo em seguida, foi realizada extensa pesquisa envolvendo a população desabrigada da Grã-Bretanha com idade entre 16 e 64 anos. Encontrou-se que aproximadamente 60% dos entrevistados apresentavam escores sugestivos de transtornos mentais no *General Health Questionnaire*, bem acima do encontrado entre a população domiciliada. (HECKERT, et al 2002: 14 – 15)

Pesquisas realizadas em outros países também indicaram elevadas taxas de transtornos mentais na população em situação de rua, incluindo casos identificados como do grupo das esquizofrenias.

Kovess e Lazarus (1996) levantaram dados referentes a 715 pessoas em albergues e locais de alimentação para moradores de rua em Paris: esquizofrenias e transtornos delirantes foram identificados em 16% da amostra. Fichter et al. (1996) relataram estudo feito em Munique encontrando taxa elevada de alcoolismo e também de psicoses. Buhrich (1990) estudou albergados em Sydney, concluindo que 26% perfaziam critérios para diagnóstico de esquizofrenia. (HECKERT et al, 2002: 15)

No Brasil a pesquisa considerada pioneira na construção de um retrato da saúde mental de determinada população em situação de rua foi realizada na cidade de Juiz de Fora, MG – Psiquiatria e População de Rua – Epidemiologia, Aspectos Clínicos e Propostas Terapêuticas. HECKERT, U. *Tese de doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, São Paulo, 1998. Ela confirmou os achados das pesquisas internacionais, encontrando dados, muitas vezes, ainda mais contundentes. As taxas relacionadas ao alcoolismo foram as mais elevadas: 81,9% da amostra apresentava uso nocivo, sendo que a maioria entre eles já manifestava complicações (dependência ativa, uso contínuo, transtorno psicótico e demência). Transtornos decorrentes do uso de outras substâncias comprometiam 31,3% da amostra e transtornos do humor foram identificados em 32,5 %.

4.1.2 A questão de gênero na população em situação de rua

As mulheres em situação de rua perfazem um número muito pequeno em comparação com a quantidade de homens na mesma situação. Os índices que quantificam o número de mulheres em relação ao total da população em situação de rua variam de uma região para outra, mas, no Brasil, ficam em torno de 18% (MDS, 2008). “Apesar de numericamente inferior, as mulheres que se encontram em situação de rua apresentam questões bastante significativas, pois vivem em um processo de violência ainda mais severo em comparação com o vivido pelos homens. É comum serem subjugadas, sofrerem abusos sexuais, espancamentos e toda espécie de preconceitos...” (REIS e GALVANI in LOPES et al, 2003: 41).

Entre os profissionais da assistência social que atendem a população em situação de rua é comum a fala de que as mulheres assistidas possuem mais fortemente componentes da doença mental em comparação aos homens em situação de rua. No entanto, são necessários esforços e cuidado nesse campo de atuação ao tomar como verdade as generalizações usualmente feitas, principalmente as que buscam justificar comportamentos das mulheres como expressões de doenças mentais.

Essa discussão também é pontuada por Snow e Anderson (1998) quando eles criticam as pesquisas que são realizadas com a população de rua que fazem um nexo causal entre ser doente mental e estar em situação de rua. Na maioria das vezes, tratam-se de pesquisas não comprometidas com as histórias de vida das pessoas, muito menos com a realidade a que estão sujeitadas.

As generalizações são provocativas e perigosas de serem realizadas, pois, ao se raciocinar sob a ótica da patologia pura e simples, pode-se considerar que tratamento e 'medicalização' desses indivíduos são os caminhos mais rápidos para a saída dessas pessoas das ruas.

(LOPES et al, 2003: 50)

É preciso problematizar a situação de viver na rua, conhecer este cotidiano e as estratégias diárias de sobrevivência assumidas por essa população. No caso das mulheres é fundamental que compreendamos o quanto comportamentos considerados sintomáticos de um adoecimento mental podem estar sendo utilizados como estratégias de defesa contra violências a que são subjugadas cotidianamente.

A pesquisadora Sônia Weidner Maluf faz, em seu artigo intitulado “*Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais*”, uma forte crítica a questões como

a “medicalização e medicamentação da subjetividade, patologização do sofrimento, terapeutização das escolhas individuais” associando-as a “expansão dos domínios de atuação da biomedicina e de extensão do poder da biomedicina e de extensão do campo do patológico para dentro do que tradicionalmente estaria nos domínios do 'normal' ” (MALUF, 2010: 21). A autora também sublinha o fato de como apenas em 2007 se constatou a “necessidade de uma política de saúde mental também na perspectiva de gênero” em âmbito governamental (: 32). Ela revisa a produção nacional das ciências sociais sobre o campo da saúde mental, mostrando como são “escassas” as abordagens que “dialogam com uma perspectiva de gênero” (: 25). Maluf também nos mostra em seu artigo como o processo brasileiro de desinstitucionalização da saúde mental somado a política “distribuição massiva de medicamentos pela rede pública” (: 22) levou o “significado do medicamento”, em certos “universos simbólicos”, a “adquirir um estatuto de agente” (: 46).

Os dados aqui apresentados reforçam a importância de que os profissionais da assistência social estejam capacitados no campo da saúde mental para o trabalho com a população em situação de rua. Mas é importante pontuarmos que o retrato da saúde mental da população em situação de rua, aqui esboçado, é apenas um dos aspectos deste grupo. Sendo assim, este aspecto não pode ser único para a compreensão do fenômeno aqui examinado.

4.2 Ações Higienistas

É muito comum que pessoas em situação de rua sejam culpabilizadas e responsabilizadas pela situação em que se encontram, por suas escolhas erradas, irresponsabilidade, libertinagem ou por uma questão de caráter. Muitas vezes também são vistas como uma ameaça ao bem-estar da comunidade. Sendo assim uma das características desta população é o “preconceito como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído pela sociedade às pessoas atingidas pelo fenômeno” (SILVA, 2009: 119). Este preconceito não foi construído do dia pra noite, mas já existe há séculos. Silva vai além e afirma que as pessoas em situação de rua sempre (em diferentes épocas) foram vítimas de discriminação. A autora ainda lista uma série de denominações pejorativas utilizadas pela sociedade brasileira para definir as pessoas que vivem nas ruas: “mendigos, maloqueiros, desocupados, bandidos, contraventores, vadios, loucos, sujos, flagelados, naufragos da vida, rejeitados, indesejáveis, pedintes, drogados, maltrapilhos, psicopatas, carentes, doentes mentais, entre outros” (SILVA, 2009: 119).

Neste contexto são comuns práticas higienistas direcionadas para camuflar este fenômeno da população em situação de rua. Neste estudo já levantamos as origens dessas práticas que retrocedem aos séculos XV e XVI, marcados pelo surgimento de uma rígida legislação contra a ociosidade e a dita “vadiagem” que culminou em práticas massivas de internações, que incluíam, até mesmo, o recurso ao trabalho forçado.

Hoje as práticas higienistas contra a população em situação de rua se manifestam de diferentes maneiras, seja na forma de crimes como massacres, extermínios e violência sistemática ou como política de Estado, como a internação compulsória, a retirada forçada de determinados locais, a atuação ostensiva das forças de segurança, entre outras. Essas práticas são alimentadas por uma visão preconceituosa e estigmatizam as pessoas a quem são dirigidas. A autora Maria Lopes Lucia da Silva em seu livro *Trabalho e população em situação de rua no Brasil* (2009) relembra um fato que ilustra bem esse tipo de prática: o massacre de pessoas em situação de rua que ocorreu entre os dias 19 e 22 de agosto de 2004 no centro da cidade de São Paulo, resultando na morte de sete pessoas e nove gravemente feridas. Esse crime ganhou repercussão internacional, ficando conhecido nacionalmente como o massacre da praça da Sé. Em agosto de 2014 diversos eventos pelo Brasil lembraram o massacre e os dez anos de impunidade. Entre os suspeitos estavam policiais militares e vigias que faziam a segurança para o comércio local. Esse tipo de violência se repete por todo o Brasil e cotidianamente vemos notícias de pessoas em situação de rua assassinadas vítimas de armas de fogo, pauladas, espancamentos, envenenamentos, queimadas vivas etc.

Além das ações criminosas, algumas políticas de Estado também são consideradas práticas higienistas. As duas práticas higienistas mais comuns praticadas pelas instituições do Estado, que neste trabalho já foram apresentadas em suas origens, são a criação de leis que inibem práticas ou a mobilidade da população em situação de rua e iniciativas de internações forçadas. Essa última, as internações compulsórias em massa, também podem ser exemplificadas com ações recentes que ocorreram no estado de São Paulo e do Rio de Janeiro, consistindo em retiradas e internações compulsórias de pessoas que estavam nas chamadas “cracolândias”.

O argumento midiático que busca sustentar a política de internação compulsória em massa é o fato de alguns dependentes estarem tão debilitados que não são capazes de perceber o quanto precisam de ajuda e assim colocam em risco a sua própria vida. Às vezes este argumento é complementado com a possibilidade iminente de estes dependentes colocarem em risco a vida de outras pessoas também. Assim, para protegê-los de si mesmos e para

proteger a comunidade, a única saída, no caso de não se aceitar voluntariamente uma internação, seria a internação compulsória.

Os programas municipais, estaduais e federais que tratam da questão do enfrentamento da drogadição tratam o fenômeno muito mais como uma questão policial que social ou de saúde pública e acabam somando tudo à chamada guerra às drogas.

4.3 Política de guerra às drogas

Os defensores da guerra às drogas afirmam que o recrudescimento de leis e a maior intensidade de ações policiais de enfrentamento ao tráfico e ao uso de drogas visa acabar com a violência gerada pelo uso e pela venda de drogas. Esses também afirmam que o uso de drogas deve ser combatido com todas as armas do Estado, pois o uso dessas substâncias é extremamente danoso a saúde física e mental das pessoas que a consomem. Já os críticos afirmam que o tráfico só é extremamente rentável e tem tanta força graças a proibição das drogas e que grande, se não a maior parte da violência é gerada pelas próprias ações policiais de enfrentamento do tráfico. Esses também rebatem a lógica da guerra às drogas afirmando que o uso de substâncias que geram alterações na percepção da realidade é algo inerente a existência humana e que a guerra às drogas apenas enfraquece ações de redução de danos, como políticas de uso consciente e de controle de qualidade das substâncias.

Muitos defensores da guerra às drogas ainda afirmam que uso de drogas está diretamente associado a comportamentos moralmente inaceitáveis e a ações violentas. Essa posição pode ser questionada quando se comparam países como o Brasil e a Alemanha, nestes dois o consumo de álcool é muito elevado mas o número de violências praticadas por pessoas alcoolizadas é muito maior no primeiro que no segundo.

Muitas vezes problemas com drogas, lícitas ou ilícitas, mascaram outros problemas sociais muito mais urgentes. Como a violência doméstica na qual, muitas vezes, o álcool aparece como principal fator de motivação, quando na verdade a cultura machista da sociedade é a maior responsável. Ou no caso da violência no trânsito onde a principal ação para o enfrentamento muitas vezes é apenas focada em ações legais e repressoras que visam reduzir o consumo e a venda de bebidas alcoólicas em determinados horários e locais e muitas vezes questões fundamentais de educação e mobilidade urbana são deixadas de lado. Ou, no mais recente problema, o de consumo em massa de drogas ilícitas nas chamadas “cracolândias” onde muitas vezes a droga é apresentada como o único problema, quando na

verdade essa realidade só existe graças a diversas questões sociais (desigualdade social, falta de perspectiva, desescolarização, etc) somadas à dependência.

A verdade é que é muito mais fácil socialmente impor políticas de Estado violentas contra a população em situação de rua associando-as à guerra contra as drogas, pois hoje já não é mais tão fácil criar apenas leis claras de exclusão dos miseráveis dos centros urbanos ou que os aprisionem. Isso porque, junto às forças repressoras que trabalham para manter o capitalismo e a sociedade de controle, cresceram e se desenvolveram diversas resistências, como movimentos sociais, organizações de trabalhadores e de comunidades. Assim as ações higienistas se transvestem de políticas sociais quando, na verdade, visam, basicamente, retirar as pessoas em situação de rua de espaços onde estas dificultam a circulação de capital e mercadorias.

5. O SURGIMENTO DA QUESTÃO SOCIAL

O termo “questão social” surge para dar conta do fenômeno do pauperismo, que surge na Europa no início da industrialização, se tornando epidêmico em toda a região no final do século XVIII. Esta associação entre o fenômeno do pauperismo como expressão da questão social ocorreu apenas no final do século XIX, quando a pobreza ou o pauperismo deixou de ser visto como algo natural na sociedade, mas sim como parte inerente do desenvolvimento do sistema capitalista. Netto (2001) afirma que, pela primeira vez, a pobreza crescia na proporção em que aumentava a capacidade produtiva do capitalismo. Ou seja, o pauperismo surge a partir da expulsão dos camponeses de suas terras e sua chegada em massa nas cidades para buscarem a sobrevivência. Esse processo forma o exército industrial de reserva, criando as condições ideais para o desenvolvimento da recém-criada indústria capitalista. A manutenção feita pelo sistema capitalista dessa massa de trabalhadores desempregados traduz a lógica de que quanto maior a mão de obra disponível mais barato se paga pela força de trabalho. Reproduz-se assim a acumulação de bens e capital.

Nesse sentido, podemos vincular o surgimento da questão social à formação da classe trabalhadora e a concretização do projeto de sociedade do capitalismo, com a consolidação da lógica de acúmulo de capital. Esse processo evidencia as premissas de que quem produz a riqueza não a possui e de que não há espaço para todos no mercado. Dessa forma, a autora Marilda V. Yamamoto define a questão social como:

o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 1999: 27)

Yamamoto, assim como Netto e Silva discordam de outros autores que defendem a ideia de que na atualidade exista uma “nova questão social” decorrente do atual contorno do capitalismo, que em muito se difere de seu período pré industrial. Para os autores a questão social é a expressão das desigualdades produzidas “pelas relações capitalistas desenvolvidas a partir da relação entre o capital e o trabalho, ela expressa também rebeldia, não sendo um resultado natural da sociedade humana, mas uma reação às desigualdades impostas pela ordem social capitalista” (IAMAMOTO in SILVA, 2009: 27). Deste modo, não podemos falar em uma nova questão social na atualidade, mas sim em diferentes formulações da “velha” questão social.

Na cena contemporânea, em face das mudanças no mundo do trabalho, advindas principalmente da reestruturação produtiva, o aprofundamento do desemprego e do trabalho precário consubstanciam a expansão da superpopulação relativa ou exército industrial de reserva e, dessa forma, propiciam a elevação dos níveis de pobreza. Nesse contexto cresce o fenômeno da população em situação de rua, como parte constitutiva da pobreza e da superpopulação relativa. (SILVA, 2009: 27)

É importante pontuar que a questão social só passa a ser vista pela classe dominante como um problema a ser amenizado a partir da constante denúncia e organização das classes mais perigosas, que em determinado momento se tornam uma verdadeira ameaça ao poder hegemônico. Nessa perspectiva, Netto ressalta que a designação do “pauperismo pela expressão 'questão social' relaciona-se diretamente com os seus desdobramentos sociopolíticos” (in SILVA, 2009: 110), ou seja, relaciona-se com o momento em que os pauperizados passam a se organizar e não mais aceitar a situação. Caracterizada como “problema”, a questão social passa a ser enfrentada pela sociedade burguesa principalmente através de políticas sociais implementadas pelo Estado. O Estado “compreendido como um produto da luta de classes, que representa primordialmente os interesses da classe dominante. Porém incorpora as demandas da classe trabalhadora, explicitadas na luta de classes” (SILVA, 2009: 29).

5.1. Política de assistência social para a população em situação de rua

Para responder às demandas da classe trabalhadora, o Estado realiza políticas e ações que visam amenizar as expressões da questão social. A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 fortaleceu a concepção de direitos humanos pautada em sua universalidade e em sua indivisibilidade. Princípios estes que se referem à ideia de que ser humano é o único requisito para a titularidade desses direitos. Compõem a Declaração Universal dos Direitos Humanos: direitos civis e políticos — como a liberdade de expressão, o acesso à justiça imparcial, o direito de ir e vir e o direito à vida — e direitos econômicos e sociais, os quais geralmente exigem ações do Estado — a educação, a cultura, a habitação, a saúde.

No Brasil, o marco para a concepção de um Estado vinculado à ideia de garantias de direitos foi a Constituição de 1988. A intensa pressão popular no decorrer de sua construção criou condições para que o Brasil tivesse uma Constituição democrática e comprometida com a defesa do direito e a promoção da justiça. A partir dela, o Estado brasileiro passou a ter o

dever de realizar a justiça social. Em seu art. 6º, a Constituição expressa o que deve ser entendido como direitos sociais, dentre os quais a educação, a saúde, a previdência e a assistência social compõem, por força do art. 194, um conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade denominado seguridade social.

Ainda o grande desafio está na concretização de todas as políticas e iniciativas previstas em nossa Constituição. A educação e a saúde já contam com suas histórias mais longa como políticas de Estado e, apesar das dificuldades correntes, já são políticas estabelecidas. Já a assistência social, organizada enquanto política de Estado, é extremamente recente. Hoje busca-se consolidar no Brasil o Sistema Único de Assistência Social – SUAS que foi criado em 2005 a partir do previsto na Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS de 1993 e na Política Nacional de Assistência Social – PNAS de 2004. O SUAS organiza-se de maneira descentralizada, propõe-se participativo e tem por função a gestão do conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira.

É ainda mais recente a inclusão no SUAS, a partir da aprovação em 2009 da Política Nacional para População em Situação de Rua – PNPR –, de ações e serviços específicos de atenção à população em situação de rua. A PNPR, ao pontuar seus objetivos, previu a implantação de centros de referência especializados para o atendimento a população em situação de rua no âmbito da política de assistência social, lançando bases para que, em 2009, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais previsse a implantação desta unidade no SUAS. Em 2011 foram cadastrados no Censo SUAS noventa Centros de Referência Especializados para Pessoas em Situação de Rua – Centros POP – em todas as regiões do Brasil. As atividades dessas unidades, dentre outras, abarcam: oferta de espaços para higienização, como banheiros e lavanderias; orientação e apoio para obtenção de documentação pessoal; encaminhamento para a rede de serviços socioassistenciais; encaminhamento de usuários de substâncias psicoativas para serviços da rede de saúde; entrevista individual e/ou familiar; acolhida e escuta qualificadas; encaminhamento para órgãos de defesa de direitos; estudo social; visitas domiciliares; mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio; busca ativa e ações voltadas ao acesso ao mercado de trabalho.

6. CRÍTICA AO CENTRO POP COMO INSTITUIÇÃO DE CONTROLE

A população em situação de rua enfrenta cotidianamente inúmeras violências que geram uma grande tensão que muitas vezes se reflete nas relações desenvolvidas dentro de unidades e serviços que a atende. Atualmente existem dois Centros POP no Distrito Federal e uma destas unidades está passando por uma séria crise, alimentada entre outros fatores pela dificuldade dos profissionais que lá atuam em lidar com o perfil dos usuários. Muitos de nossos profissionais tentam justificar as dificuldades do cotidiano do trabalho patologizando de maneira generalizante as posturas e ações das pessoas atendidas.

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua é ofertado para aqueles que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Tem a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva do fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida.

Hoje, no Centro POP o atendimento e as atividades vêm ocorrendo, quando ocorrem, de maneira descompassada com os objetivos apontados pela Tipificação. Os servidores apontam diversas justificativas para não realizarem as atividades e os acompanhamentos psicossociais de maneira adequada, como falta de servidores, estruturas físicas inadequadas e insegurança no trabalho devido à pressuposta periculosidade do público por eles atendido. No entanto, existe uma avaliação da gestão de que o número de servidores é adequado para a quantidade de pessoas atendidas e apesar de o espaço não ser ideal, possibilita a oferta de um bom serviço. Avalia-se ainda que grande parte da tensão entre usuários e servidores se dá pela própria falta de intervenções educativas e uma atenção psicossocial que persiga os objetivos apontados pela Tipificação Nacional.

A maioria dos servidores do Centro POP apresenta um grande despreparo para lidarem com este público e grande impaciência para enfrentar os conflitos e as tensões que se apresentam no cotidiano do trabalho. Entre os próprios profissionais que atuam no Centro POP há um esvaziamento dos vínculos de confiança e cooperação, não possibilitando a construção coletiva de estratégias para a superação das dificuldades encontradas. As constantes mudanças de gestão, bem como a descontinuidade de projetos, têm influenciado diretamente o Centro POP e seus trabalhadores. A desarticulação com outras políticas, como da saúde, justiça e cultura, é outro reflexo da desmotivação dos profissionais que atuam na unidade, demonstrando apatia na construção e manutenção de parcerias. Como resposta às

dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho no Centro POP, os profissionais vão cada vez mais formatando a unidade como uma instituição disciplinar, reforçando estruturas de segurança, deixando as regras mais rígidas, desconsiderando as singularidades dos indivíduos e distanciando-se cada vez mais dos usuários da unidade.

7. O EXEMPLO DE BASAGLIA E DA PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA ITALIANA

Franco Basaglia (1924 – 1980) foi um psiquiatra que conduziu importantes experiências e reflexões que deram origem à reforma psiquiátrica na Itália. Reforma que se tornou um modelo reconhecido tanto pela comunidade científica quanto pela Organização Mundial da Saúde. Suas experiências iniciadas em 1961 em Gorizia e posteriormente em Trieste, cidades situadas no norte da Itália, serviram de base para um importante movimento social, denominado Psiquiatria Democrática Italiana, fundamental na luta pela extinção dos manicômios na Itália e, posteriormente, base para muitos outros movimentos de diferentes partes do mundo. Estes movimentos tinham algo em comum: a luta pelo fim da instituição psiquiátrica como lugar de violência e exclusão social.

A grande vitória de Basaglia e da Psiquiatria Democrática Italiana se deu em 1978 com a aprovação da Lei 180, ou *Lei Basaglia*, que determinou o fim dos manicômios em todo território italiano e consolidou o processo de criação de novas práticas de atenção à saúde mental. A transformação da política de atenção à saúde mental na Itália só foi possível graças a um processo extremamente consciente e reflexivo de denúncia da realidade desumanizante dos hospitais psiquiátricos da época e de experimentações de práticas revolucionárias no trato com os “doentes”. Franco Basaglia não esteve sozinho nesta caminhada, ele fez parte de uma geração de profissionais da saúde mental que se levantou contra a realidade manicomial da Itália. Mas ele foi, sem dúvida, o grande líder desta geração, tanto que foi a equipe que ele montou quando dirigiu o manicômio de Gorizia, os chamados gorizianos, que criou o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana.

Franca Ongaro Basaglia (1928 – 2005), mulher e parceira de estudos de Franco Basaglia, reuniu os textos do marido nos *Scritte Basaglia I e II* (1981 e 1982) e apontou **quatro fases** dessa produção. A análise destas fases nos ajuda a compreender e desenhar a trajetória e as principais questões da luta antimanicomial.

A primeira (1952 – 1953) é fase do estudante Basaglia, marcada pelos primeiros contatos e estranhamentos com a cultura da psiquiatria, que se apresentava como uma ciência possuidora de “objeto e instrumentos de análise fixos, indiscutíveis, inquestionáveis” (Paulo Amarante, 1994: 64).

A segunda fase é marcada pela exposição e aprofundamento da crítica à ideologia da ciência psiquiátrica. Essa fase é marcada pela “tentativa de abandonar o terreno específico, particular, da ciência psiquiátrica, através de uma abordagem complexa dos problemas humanos, nos quais se possa sucessivamente reinserir-se o problema do distúrbio psíquico”

(Amarante, 1994: 64). Esta fase é também marcada pelos choques do autor, na época professor, com as estruturas hierárquicas e autoritárias do ensino universitário dos anos 1950/60. Basaglia desafiava as estruturas fortificadas da psiquiatria com uma concepção fenomenológico existencial da relação psicoterapêutica. “A antropoanálise ou fenomenologia existencial preconizava a reconstrução e compreensão do 'mundo de significados' do paciente” (Goulart, 2007: 37). O existencialismo de Sartre alimentava o pensamento crítico do pós-guerra, que também inspirava a antipsiquiatria.

O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica – que atua como sustentáculo dos valores dominantes – para depois tornar-se crítica e ação política. (BASAGLIA in GOULART, 2007: 43)

A terceira fase emerge das reflexões geradas a partir da experiência na atuação de Basaglia no manicômio de Gorizia, que passa a dirigir em 1961. Nessa instituição Basaglia se confronta com a miséria e violência de um espaço que serve mais para excluir e aprisionar que para curar. Basaglia se identifica com as vítimas daquele espaço, pois ele mesmo foi objeto da violência quando passou anos da juventude preso por fazer parte da resistência antifascista na Itália, sendo solto apenas com o fim da Segunda Guerra Mundial. “É em Gorizia que conhece a realidade dos hospitais psiquiátricos e da psiquiatria italiana, realidade que não contaminava os assépticos gabinetes universitários”(AMARANTE,1994: 65).

As primeiras transformações em Gorizia foram respaldadas por experiências internacionais das comunidades terapêuticas já difundidas e discutidas em diversos países. Os primeiros anos de sua direção foram marcados pela repulsa à violência e pela humanização da atenção aos internos, resultando na abolição da contenção física, do eletrochoque e na atenção na condição de vida dos internos e de suas necessidades concretas (Goulart, 2007: 39). Em meados dos anos 1960 a experiência de Gorizia, influenciada pelas praticas das comunidades terapêuticas, já inspirava a luta antimanicomial e em 1964, no I Congresso Internacional de Psiquiatria Social, em Londres, Basaglia afirma: “o psiquiatra parece, realmente, redescobrir que o primeiro passo em direção à cura do doente é o retorno à liberdade que, até então, ele mesmo havia tirado do doente” (BASAGLIA in GOULART, 2007: 39).

Certamente uma das terapias mais importantes para combater a loucura é a liberdade. Quando um homem é livre tem a posse de si mesmo, tem a posse da própria vida, e, então, é mais fácil combater a loucura. Quando eu falo de liberdade, falo de liberdade para a pessoa

trabalhar, ganhar e viver, e isto já é uma luta contra a loucura. Quando há possibilidade de se relacionar com os outros, livremente, isso torna-se uma luta contra a loucura. Certamente, a loucura evidencia-se mais facilmente sob essa nossa vida agitada, assustadora, opressiva e violenta. (BASAGLIA, 1982: 72)

Apesar da inspiração, o funcionamento do manicômio de Gorizia se difere de qualquer experiência de comunidades terapêuticas. Assembleias com os internos e os profissionais aconteciam regularmente para se discutir o cotidiano do hospital. As relações de convivência foram fortalecidas com passeios, festas e atividades artísticas. Foi permitida a convivência em espaços comuns de homens e mulheres, antes totalmente isolados em áreas distintas. A liberdade foi posta como um princípio e a maioria dos pacientes podiam circular livremente no hospital. Tiveram início esforços para a retomada de vínculos extramuros. Foi criado um *hospital dia* e “a terapêutica aplicada sustentava-se tanto na utilização de psicofármacos, como na reabilitação dos internos de modo a resgatar a sociabilidade e a dignidade” (Goulart, 2007: 39). A grande descoberta dessas experiências foi da importância do retorno dos pacientes à vida comunitária e que para isso a descentralização da atenção à saúde mental e a intervenção nas próprias comunidades são indispensáveis.

Por fim, o manicômio de Gorizia transformou-se em comunidade terapêutica e, logo em seguida, “tornou-se necessário superá-lo, destruí-lo como um dispositivo falso, pseudoterapêutico. Na verdade, o manicômio não oferecia um futuro aos internos, nem a seus funcionários” (GOULART, 2007: 42).

Uma vez colocado em ação o processo de transformação institucional, nos damos conta da contraditoriedade da existência de uma instituição que nega a própria institucionalidade no interior de nosso sistema social, em cuja dinâmica se tende a absorver qualquer movimento que poderia alterar o equilíbrio geral. (...) Nossa situação não tem outra saída senão continuar sendo contraditória: a instituição é contemporaneamente negada e gerida; a doença é contemporaneamente colocada entre parênteses e curada; a ação terapêutica é ao mesmo tempo refutada e executada. (BASAGLIA in AMARANTE, 1994: 62-63)

Nem tudo era reconhecimento e transformação, os experimentos de Gorizia encontraram críticas em diversos setores, a própria população local foi contaminada por essa tensão, refletida em recusa da tolerância com os internos e com a equipe de profissionais do manicômio. A ideia era fechar o hospital e abrir serviços descentralizados de saúde mental, inserindo os pacientes na comunidade da cidade, mas as tensões impossibilitaram que isto

fosse realizado em Gorizia. Foi na cidade de Trieste que Basaglia e sua equipe encontraram um espaço propício e acolhedor para construírem diversos serviços territoriais de saúde mental, encerrando as atividades do manicômio local. Esta experiência ficou marcada como o maior feito do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana.

“A quarta fase é demarcada pela abertura ao exterior da problemática psiquiátrica, na qual Basaglia ensaia os primeiros passos de uma atuação que busca incorporar a compreensão crítica das fases anteriores numa prática objetiva de transformação” (Amarante, 1994: 66). Basaglia apresenta uma forte reflexão crítica sobre os conceitos de desvio, normalidade, anormalidade, desajustamento e personalidade psicopática, que contem não apenas uma análise epistemológica, mas uma crítica ao lidar social e político com os mesmos. Ao mesmo tempo em que defende e aponta a importância da multidisciplinaridade na atenção à saúde mental. Ele aponta os riscos da tecnicização centrada ainda na psiquiatria, apontando na sociedade o comportamento que é ou não é normal e aceitável.

(...) se a doença também está ligada, como na maioria dos casos, a fatores socioambientais, a níveis de resistência de uma sociedade que não leva em conta o homem e suas exigências, a solução de um problema tão grave somente pode ser encontrada em uma posição socioeconômica que permita ao mesmo tempo a reinserção gradual desses elementos que não sobreviveram ao esforço, que não conseguiram participar do jogo. (BASAGLIA, 1985: 115-116)

O modelo de tratamento em saúde mental centrado no hospital psiquiátrico serviu como forma de controle social do Estado no que diz respeito ao trabalhador que perdeu a capacidade produtiva. Sobre esse entendimento Franco Basaglia afirma que: “a psiquiatria, desde seu nascimento, é em si uma técnica altamente repressiva que o Estado sempre usou para oprimir os doentes pobres, isto é, a classe operária que não produz” (1982: 14). Esta forma de “tratamento” caracteriza-se, entre outros aspectos, pelo asilamento e pela violência institucionalizada. O sujeito classificado como “louco” é internado numa instituição psiquiátrica e muitas vezes perde todos seus direitos. A atuação de Franco Basaglia mostra que além de questionarmos o velho modelo manicomial é preciso questionarmos o paradigma psiquiátrico, que centrado no saber médico, reduziu o fenômeno da loucura à doença mental, silenciando o seu sentido social.

As ações e as reformas empenhadas por Basaglia e por seus companheiros da Psiquiatria Democrática Italiana serviram de inspiração para a luta antimanicomial em todo o mundo. Basaglia também teve importante atuação da rede internacional de luta

antimanicomial, realizando palestras em diversas partes do mundo, incluindo o Brasil. No Brasil suas visitas e seminários assumiram um caráter de verdadeiras intervenções psicossociais, que ajudaram a estimularam a reforma psiquiátrica brasileira (GOULART, 2007: 46).

CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES

Nesta pesquisa tratamos muito da temática da violência, presente nas ações das instituições, do Estado, da sociedade de maneira geral e no próprio cotidiano da população em situação de rua. Por isso é importante pontuar que a **violência** não pode ser vista como uma personagem isolada da lógica de funcionamento de nossa sociedade. Para evitá-la não basta agirmos apenas quando ela é fruto de uma ação individual. A violência é um instrumento presente no funcionamento de nossa sociedade. No Brasil, essa realidade é ainda mais forte, pois historicamente e cotidianamente vemos o Estado legitimando a violência como instrumento de controle e condução social. Também, não devemos enxergar a violência apenas em ações criminosas ou ilegais, mas devemos percebê-la em diferentes aspectos de nossas relações sociais, como na desigualdade social, nas diferentes expressões de preconceitos e na falta de acesso a políticas públicas de qualidade. Ou seja, devemos ver a violência presente em um caso de desnutrição infantil gerada pela pobreza, assim como a percebemos em uma situação de violência física. Devemos ver a violência presente em um paciente dormindo no corredor de um hospital, assim como a percebemos em um assalto. Essa violência deve também ser percebida quando uma pessoa em situação de rua é atendida com preconceito em um serviço, ou quando não é percebida em suas singularidades e quando é silenciada, muitas vezes, antes de conseguir se expressar.

Para diminuir as diferentes expressões da violência, compreendendo toda sua amplitude, devemos intervir em múltiplos aspectos de nossa sociedade. Não devemos acreditar que apenas com ações de controle, focadas em ações policiais, enfrentaremos a violência. Na verdade, na maioria das vezes, as ações das forças de segurança pública são mais uma expressão da violência, que acaba por legitimar práticas violentas dentro de nossas relações cotidianas. Nossas ações devem perseguir o ideal de diminuição da desigualdade, aumentando e aprofundando as políticas de distribuição de renda e de inserção/reinserção social. Também devemos investir na melhora das políticas de educação e cultura, para que as pessoas possam ter mais ferramentas psicossociais para construir projetos de vida que não perpetuem a violência. A violência deve ser compreendida como uma expressão e uma construção social, assim deve ser tratada como um sintoma das relações desenvolvidas na sociedade. Por isso, não podemos fazer um enfrentamento real da violência se não identificarmos suas causas e agirmos diretamente sobre elas.

Acreditando no poder transformador da diversidade que surge dentro das massas oprimidas, não devemos buscar a paz social por meio da homogeneização dos comportamentos

da sociedade. Nessa perspectiva, não devemos enxergar os indivíduos em situação de rua de rua como doentes que precisam ser curados e moldados a terem um comportamento socialmente adequado. A pessoa que vive na rua deve ser vista em toda a sua complexidade e o fenômeno tratado como uma questão social fruto das relações desiguais produzidas pelo sistema capitalista. Os indivíduos dessa população devem ser empoderados e auxiliados a superarem os obstáculos que os impeçam de viver plenamente e criativamente suas vidas, com segurança e autoconfiança. Sabemos que um espaço como o Centro POP não é suficiente para acabar com um fenômeno que tem raízes muito mais profundas, mas seus serviços podem sim ter um papel de muita importância na transformação da vida de muitos indivíduos que vivem nas ruas e da relação de nossa sociedade com o fenômeno.

O primeiro passo para a melhora dos serviços prestados pelos servidores da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano e Social – SEDHS dentro dos Centros POP passa pela melhor qualificação, para que estes sensibilizem-se para as múltiplas causas que levam as pessoas a viverem nas ruas e criem mais ferramentas para se vincularem e acessarem a população em situação de rua. Estes profissionais também devem se qualificar na área da saúde mental para melhor atenderem as demandas daqueles indivíduos que encontram-se em sofrimento psíquico grave. Para avançarmos, é necessária uma política de qualificação e formação continuada desses trabalhadores, pois a realidade enfrentada prova cotidianamente que o prescrito nunca é suficiente.

Se o sofrimento psíquico é mediado pela linguagem e pela cultura, para acessá-lo é necessário qualificar a fala do paciente, não apenas em seus aspectos objetivos, mas como expressão simbólica e constitutiva daquele. O sofrimento psíquico deve ser compreendido assim em toda a sua complexidade, na qual os aspectos sociais e históricos específicos do sujeito confluem. (Zanello, 2014: 44)

Das experiências da antipsiquiatria italiana podemos tirar várias lições, mas nesta conclusão destacarei algumas das que, além de se mostrarem fundamentais no processo de *desegemonização* do poder dos hospitais psiquiátricos no trato da loucura, podem orientar à experiência do Centro POP para potencializar sua função transformadora:

- Construção de um espaço de debate e envolvimento político dos profissionais – Basaglia não foi apenas um grande profissional, ele foi antes de tudo um militante, que não se acomodou ao ver a violência praticada nos manicômios. E como todo bom militante, ele sabia que nenhuma transformação ocorreria se apenas ele se mobilizasse, assim foi um grande articulador da luta antimanicomial, criando aliados e mobilizando seus colegas de

trabalho para construir, não apenas o movimento antimanicomial, mas o espaço propício para a transformação. Organizados e articulados os trabalhadores também se empoderaram para enfrentar as batalhas com as engrenagens do sistema, que muitas vezes os empurram para os modelos da hegemônica sociedade do controle. Além do empoderamento dos profissionais, estes espaços de discussão e troca ajudam na qualificação da atuação desses trabalhadores e na construção de relações baseadas na confiança e cooperação.

- Assembleias com a participação dos profissionais e usuários – Basaglia se inspirou muito em algumas experiências na Europa de comunidades terapêuticas para propor algumas transformações no manicômio de Gorizia, mas o processo de empoderamento dos usuários e a realização de assembleias horizontais com a participação dos trabalhadores e dos internos fez com que eles fossem muito além de qualquer comunidade terapêutica. As assembleias são fundamentais para empoderar os usuários, reduzir os conflitos e fortalecer os vínculos entre todos que estão na instituição, além de ser um espaço educativo para o fortalecimento do diálogo e a desconstrução da violência.
- A desinstitucionalização (a liberdade como o melhor remédio) – Essa máxima do movimento antimanicomial deve ser sempre um orientador das políticas que visam empoderar os excluídos. Basaglia nos mostrou que, apesar de fundamental, não bastava apenas derrubarmos os muros dos hospícios, pois, como bem lembra Foucault, o poder não age só sobre o corpo, mas na alma dos indivíduos. Assim, é fundamental o empoderamento dos indivíduos para que estes possam se reinserir na sociedade e se desenvolver plenamente a partir das relações que forem estabelecendo. Se, mesmo com as portas abertas, mantermos práticas totalizantes, criando um mundo particular dentro de nosso serviço que não estimule as trocas na comunidade e o acesso a outros serviços, estaremos limitando o universo de nossos usuários. Um Centro POP não pode se fechar em si mesmo, deve sim, ser um facilitador do acesso da população em situação de rua a outros espaços e outras trocas dentro da sociedade.

As críticas aprestadas nessa pesquisa ao Centro POP se focaram na atuação dos profissionais, mas é importante ressaltarmos que a política de assistência social está longe de ser prioridade do Estado, assim ainda é muito sucateada. Teríamos uma realidade muito diferente no serviço se as estruturas fossem melhores e se não nos faltassem corriqueiramente insumos básicos para o cotidiano de trabalho. Essa realidade reforça ainda mais a importância da articulação dos profissionais da assistência social e do empoderamento da população em situação de rua para mudarmos este quadro.

No livro *Império* (2002) os autores Antonio Negri e Michael Hardt nos apresentam uma nova análise da organização do poder, o “Império” (uma ordem universal que não aceita limites). Esta publicação apresenta uma nova concepção das forças de repressão capitalistas na contemporaneidade, forças que não respeitam mais fronteiras, e sugere um levante organizado das massas contra a dominação através do formato de “multidão” (HARDT e NEGRI, 2005). Essa nova concepção de resistência nos é cara pra afirmarmos a força positiva da diversidade. A multidão, diferente da ideia de unidade do ‘povo’, encontra sua força na multiplicidade e está engajada na produção de invenções, diferenças e modos de vida. É nessa multiplicidade de singularidades que se encontram as potências/ forças da multidão, que o poder hegemônico tenta abranger, controlar e despotencializar. Maior é o poder de transformação de uma sociedade quanto maior for sua diversidade interna e suas expressões de liberdade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia.**

Manguinhos: História, Ciências, Saúde, 1994.

REFERÊNCIAS

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada.** Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática.** São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1982.

BENTHAM, Jeremy. **O Panóptico.** Trad. Tomas Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2000.

CHAIA, Miguel (org.). **Arte e Política.** São Paulo: Ed. Azouque, 2007.

CNAS, Conselho Nacional de Assistência Social; MDS (org.). **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.** Brasília, Governo Federal. 2013.

DELEUZE, Gilles. **A ilha deserta: e outros textos.** Org. por David Lapoujade, Trad. por Luiz B. L. Orlandi. São Paulo: Iluminuras, 2006.

DELEUZE, Gilles. *Post scriptum sobre as sociedades de controle.* In: DELEUZE, G. *Conversações.* Rio de Janeiro: Ed. 34 Letras, 1992. p.219-226.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade.** Trad. de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Estratégia, Poder-Saber.** Org. Por Manoel B. da Motta, Trad. por Vera Lucia A. Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura: na Idade Clássica.** Trad. de José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** 12 ed. Trad. Lígia Vassallo. Petrópolis: Vozes, 1987.

GOULART, Maria Stella Brandão. **As raízes italianas do movimento antimanicomial.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

HARDT, M. & NEGRI, A. **Império.** 8ª ed. Trad. Berilo Vargas. Rio de Janeiro: Record, 2006.

HARDT, M. & NEGRI, A. **Multidão: guerra e democracia na era do império.** Trad. Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record, 2005.

HECKERT, Uriel; SILVA, Juliana Morais Ferreira. **Psicoses esquizofrênicas entre a população de rua.** Revista Psiquiatria Clínica. v. 29, n. 1, p. 14-19. São Paulo, 2002. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n1/pdf/14.pdf>

- LOPES R. E.; BORBA P. L. O.; e REIS T. A. M.. **Um olhar sobre as trajetórias, percursos e histórias de mulheres em situação de rua**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, vol. 11, nº 1, p. 38 à 53. São Carlos, Ed. UFSCar. 2003. Disponível em <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/204/159>
- MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST. **Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais**. In MALUF, S. W.; TORNQUIST, Carmen Susana (orgs). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológica*. Florianópolis, Letras Contemporâneas. 2010. p. 21 – 68.
- MDS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; SAGI, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; META Instituto de Pesquisa de Opinião. **Sumário Executivo – Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, Gráfica e Ed. Brasil LTDA. 2008.
- MDS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, Gráfica e Ed. Brasil LTDA. 2005.
- MDS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Departamento de Proteção Social Especial. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop**. Brasília, Gráfica e Ed. Brasil LTDA. 2011.
- SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo, Ed. Cortez. 2009.
- SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005**. Dissertação- Universidade de Brasília. 2006. Disponível em http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1763/1/2006_Maria%20Lucia%20Lopes%20da%20Silva.pdf
- ZANELLO, Valeska; ANDRADE, Ana Paula Müller de. **Saúde Mental e Gênero: Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade**. Curitiba: Ed. Appris, 2014
- ZANELLO, Valeska. **A saúde mental sob o viés de gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica**. Curitiba. 2014.